



Fundusze Europejskie
dla Świętokrzyskiego



Dofinansowane przez
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

DEKLARACJA UCZESTNIKA PROJEKTU

Tytuł projektu	Wsparcie rodzin z terenu gminy Łagów			
Oś Priorytetowa	FESW.09.00 Usługi społeczne i zdrowotne			
Działanie	FESW.09.05 Wsparcie rodzin oraz pieczy zastępczej			
Nr projektu	FESW.09.05-IZ.00-001/23			
Termin realizacji projektu	od	01.02.2024	do	31.01.2026
Dane uczestnika/czki projektu				
Imię				
Nazwisko				
PESEL/inny identyfikator				
Data urodzenia				
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna			
Wiek w chwili przystąpienia do projektu				
Dane kontaktowe uczestnika/czki projektu				
Adres zamieszkania:				
Miejscowość				
Kod pocztowy				
Gmina				
Powiat				
Województwo				
Kraj				
Nr telefonu kontaktowego				
Adres poczty elektronicznej e-mail				
Status Uczestnika w chwili przystąpienia do projektu				
Osoba z krajów trzecich (Osoby, które są obywatelami krajów spoza UE)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji			
Osoba obcego pochodzenia (każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji			
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji			
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji			
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji			

„Wsparcie rodzin z terenu gminy Łagów”

projekt realizowany przez Gminę Łagów oraz Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Łagowie na terenie gminy Łagów w ramach Priorytetu FESW.09.00 Usługi społeczne i zdrowotne, Działanie FESW.09.05 Wsparcie rodzin oraz pieczy zastępczej.
Numer wniosku: FESW.09.05-IZ.00-001/23

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba pracująca lub rolnik, <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna, <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo (<u>dot. dzieci</u>)
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> wyższe (uzyskany tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub doktora) <input type="checkbox"/> pomaturalne (ukończona szkoła policealna, ale nieukończone studia wyższe; każda szkoła po zdaniu matury) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (średnie lub zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> brak

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem projektu i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
2. Oświadczam, że zostałam/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
3. Zostałam/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy. Niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
4. Oświadczam, że nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innym projekcie w ramach EFS+.
5. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych na potrzeby projektu.
6. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku do celów promocyjnych projektu.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU